

# Ethnographie d'un accompagnement ordinaire : étude de cas d'une intervention à domicile

**Anne-Sophie Hosking**, Master II professionnel

---

**Pôle régional de recherche et de formation en intervention sociales  
(PREFIS), Montpellier - France**

## Résumé

Cette étude vise à déterminer les ethnométhodes développées par les intervenantes de l'aide à domicile auprès des personnes vulnérables momentanément ou durablement dépendantes, qui sont amenées à prendre en compte une foule de paramètres pour établir le lien avec les personnes aidées et ainsi créer une nécessaire relation de confiance. En tant que pratique de prendre soin (*care*), l'aide à domicile professionnelle est extraordinairement située et ancrée dans l'environnement familial et l'intimité des personnes. Cette indexation rend la pratique des intervenantes à domicile plus riche et moins formatée qu'en institution.

## Mots clés

DOMICILE, RELATION D'AIDE, ETHNOMÉTHODE, CARE, INTIMITÉ

## Auxiliaire de vie : un métier méconnu

L'exercice du métier d'auxiliaire de vie sociale est (logiquement) plus normé et standardisé en institution qu'à domicile, où une adaptation singulière est requise. Au-delà donc d'un socle commun de connaissances et de savoir-faire techniques, la pratique professionnelle est caractérisée par le contexte dans lequel elle s'exerce. Les mises en œuvre de cette pratique professionnelle, quand elle se passe à domicile, doivent prendre en compte une foule de paramètres nécessairement situés qui l'orientent et lui donnent sens. La pratique d'auxiliaire de vie étant plus complexe à domicile qu'en institution, on serait tenté de croire qu'elle y est davantage valorisée. Il n'en est rien et c'est même le contraire qui s'opère. Sous prétexte qu'il s'agisse d'une activité de *care*, s'exerçant dans le cadre domestique et qu'elle est à ce titre, effectuée quasi-exclusivement par des femmes, l'aide à domicile auprès de personnes dites « dépendantes » souffre d'invisibilité. Comment, dès lors, caractériser cette pratique professionnelle, au-delà des présupposés techniques et des représentations dégradantes liées au travail domestique généralement dévolu aux femmes (et donc invisible)?

Mon hypothèse est qu'il y a un écart entre le travail prescrit (qui est une suite de tâches sans définition – comme si effectuer ces tâches allaient de soi –) et le travail réel. Les ethnométhodes utilisées pour établir l'ordre intersubjectif entre « aidant » et « aidé » sont-elles plus complexes que ce qui peut en être dit ou écrit?

***Le « travailler » au domicile***

Exercer son activité professionnelle « au domicile » de la personne bénéficiaire de la relation d'aide n'a rien d'anodin. Travailler au domicile d'autrui n'est pas une simple transposition de la pratique professionnelle d'un lieu à un autre. C'est au contraire une nouvelle pratique à inventer, une posture professionnelle à trouver au-delà du geste technique que nécessite le soin. Aller au domicile, chose simple en apparence, se révèle bien plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord, tout simplement parce que le domicile est bien plus que le lieu ordinaire d'habitation. C'est un lieu chargé de significations hautement symbolique pour ceux qui l'occupent. Autant de représentations, de symboles, qui vont avoir des effets sur la manière dont va se déployer, à cet endroit-là, la relation au soin. Pour entrer au domicile de quelqu'un, il faut d'abord y avoir été invité, c'est un pas vers l'autre, une marque d'amitié, de confiance.

En pénétrant chez les gens, l'auxiliaire de vie sociale, pénètre en même temps, à chaque fois, dans un univers singulier. L'articulation entre intimité et pratique professionnelle la confronte régulièrement à la question des limites, des frontières entre ce qui relève de l'intimité de la personne et ce qui est de l'ordre du commun, du collectif. Comment préserver l'intimité et agir sur sa préservation tout en intervenant au domicile? Cette pratique demande de l'expérience, de la maturité, une certaine confiance en ses connaissances. Au-delà des compétences professionnelles, il faut contrôler ses propos et ses émotions, savoirs respecter les limites indispensables, tout en éprouvant l'empathie nécessaire au soutien d'une relation.

Travailler au domicile de l'autre, c'est un voyage. C'est s'ouvrir à d'autres cultures, d'autres rites, chaque famille étant à elle seule un pays étranger. C'est chercher sans cesse le juste équilibre entre curiosité et discrétion, entre familiarité et étrangeté, entre faire et laisser-faire, sans jamais s'installer puisque l'intervenant n'est que de passage.

Travailler au domicile est le contraire de la normativité. C'est dans ce cadre empreint de relativité que l'aide à domicile doit mettre en œuvre, sous le regard et à destination des habitants des lieux, une pratique non moins singulière : celle du *care*.

### ***Une pratique invisible : le care***

Le métier d'auxiliaire de vie sociale, comme celui d'aide médico-psychologique (initialement créé pour que des femmes effectuent des actes de *nursing* auprès d'enfants handicapés) ou encore ceux de la petite enfance (auxiliaire de puériculture, puéricultrice, assistante maternelle, etc.) sont caractérisées par la pratique du *care* : porter à attention et soins à plus vulnérables que soi. Il s'agit des gestes et attitudes qu'adoptent les parents vis-à-vis de leur enfant, permettant à ce dernier de se sentir bien et donc d'être disponible pour découvrir le monde.

Dans son ouvrage *Un monde vulnérable* (2009), Tronto martèle que l'éthique du *care* est une pratique plutôt qu'un ensemble de règles et de principes. Dans son ouvrage *Un monde vulnérable* (2009), Tronto martèle que l'éthique du *care* est une pratique plutôt qu'un ensemble de règles et de principes. Elle expose (pp. 173-183) ce qu'elle appelle les quatre éléments moraux de l'éthique du *care*, tels que définis avec sa complice B. Fischer :

- se soucier de l'autre : se mettre en état de disponibilité pour voir et être attentif à l'autre. Il s'agit de se vider complètement l'esprit pour être entièrement engagé dans une posture de réceptivité.
- Prendre en charge : se sentir responsable du soin apporté et du bien-être de l'autre et pour ce faire, être en évaluation constante de la situation de l'autre.
- Prendre soin : disposer et dispenser des compétences nécessaires à l'acte de prise en soin.
- Recevoir le soin : il s'agit là d'une double dimension; d'une part, c'est la capacité de réponse, car nous avons tous une part de vulnérabilité qui nous amène à être « objet » de *care*; d'autre part, il s'agit de la capacité de réceptivité ou de *feed-back*, comme disent les systémiciens, qui permet de réajuster la posture ou les actes au cours de l'interaction.

Tronto insiste sur cet effet d'ajustement dans le cadre d'un processus qui permet à la pratique du *care* de former un ensemble. « Ceux qui s'engagent dans ce processus doivent former des jugements : sur les besoins, sur les stratégies, sur les conflits entre besoins, sur les stratégies pour parvenir aux fins choisies, sur la capacité de réponse des destinataires, etc. » (Tronto, 2009, p. 183).

Le *care* serait donc une « réponse pratique à des besoins spécifiques qui sont toujours ceux d'autres singuliers (...) et [une] sensibilité aux “détails” qui importent dans les relations vécues (...) » (Paperman & Laugier, 2005, p. 10). Ces auteurs ajoutent un peu plus loin que « la réflexion sur le *care* s'inscrit

(...) dans un certain courant particulariste de la pensée morale » (Paperman & Laugier, 2005, p. 10). Cette pratique qualifiée de « féminine » a eu le tort, après Gilligan (1982), d'être « récupérée » par le féminisme qui en a fait une morale de genre (Paperman & Laugier, 2005). Pour moi, il s'agit avant tout d'une pratique située et contextualisée qui peut néanmoins s'ériger en principe universel (Tronto 2009). En ce sens, le *care* peut amener à repenser la séparation entre public et privé. Comme le laissent supposer les résultats des études initiales de Gilligan au sujet de cette éthique singulière dans les années 1970 et ainsi que le rappelle Dorlin (2005), le *care* est moins

une disposition morale spécifique aux individus de sexe féminin, [que] l'effet d'une position sociale subalterne : en un mot, le *care* n'est pas tant une morale genrée qu'une morale sociale, une disposition éthique au statut de dominé-e-s (Dorlin, 2005, p. 88).

Ce que Tronto (2009) appelle la « moralité des femmes » doit être dépassée pour que soit traitée l'éthique du *care* en tant que projet politique. Pour elle, cette moralité des femmes ne trouve pas à s'exprimer du fait de trois frontières : celle entre morale et politique, celle créée par « le point de vue moral »<sup>1</sup> et celle instituée entre le public et le privé (qui perdure dans un rapport de domination bourdieusien entre le légitime et l'illégitime, le formel et l'informel, le visible et l'invisible, le masculin et le féminin, etc.). Bien que le *care* apparaisse comme une éthique du vivre ensemble, il n'en est pas moins dévalué dès qu'il s'agit de parler de travail.

« *Le care à l'épreuve du travail* »<sup>2</sup>

Le *care*, pris comme contrepoint ou modèle alternatif au paradigme des relations contractuelles, à partir de la relation mère/enfant, n'autorise pas en retour, à le considérer comme un « vrai » travail. Le succès du *care* dépend de son invisibilité et de l'anticipation de la demande. Il ne se voit que lorsqu'il est mal fait (ou pas fait).

Ces savoir-faire sont discrets dans le sens où, pour parvenir à leur but, les moyens mis en œuvre ne doivent pas attirer l'attention de celui qui en bénéficie et doivent pouvoir être mobilisés sans en attendre forcément de la gratitude (Molinier, 2005, p. 303).

C'est pour ces raisons que les activités qui relèvent du *care* sont sous-évaluées dans le registre du « faire » et surévaluées dans le registre de l'« être ». Le travail de *care* n'implique pas forcément l'amour, mais de se consacrer aux intérêts propres de l'autre.

Ce sont des activités créatrices de sens, celles qui relèvent de la sublimation (au sens freudien). Mais l'expérience concrète du *care* est rendu

malaisée du fait de « l'invisibilité qui caractérise ses conditions de succès, sa naturalisation dans la féminité, les formes pathétiques de son expression discursive, les défenses viriles des décideurs » (Molinier, 2005, p. 303). Comment dès lors saisir l'invisible, rendre concrets ces savoir-faire cachés dans le huis-clos du domicile afin de commencer à les voir et les reconnaître?

### **Choix de la méthode et moyens**

Une expérience professionnelle en tant que responsable de service d'aide à domicile, mais aussi, des entretiens passés auprès de plusieurs intervenantes à domicile travaillant pour d'autres services, ne m'ont pas permis de scruter et de comprendre, comme je l'aurai souhaité, les détails de l'élaboration de cette relation d'aide. Je les invitais à décrire *a posteriori* les relations d'aide vécues et leur pratique professionnelle. Il m'a été difficile de leur faire développer ce qui, pour elles, « allait de soi ». Je ne crois pas que ces professionnelles soient incapables de réflexivité, bien au contraire. Ce constat tendrait plutôt à s'expliquer dans le fait qu'elles ne sont jamais mise en situation de s'exprimer et d'élaborer leur pratique quotidienne. Du reste, il apparaît que

lorsqu'un chercheur réduit le niveau de connaissance qu'ont les agents de ce qu'ils font à ce qu'ils peuvent en dire, quels que soient leurs styles de discours, il occulte une partie considérable de la compétence des agents. Pour cette raison, l'étude de la conscience pratique doit faire partie intégrante des travaux de recherche (Giddens, 1984, p. 41).

J'optais donc pour l'**observation participante**.

L'observation peut être très rapidement limitée pour comprendre les processus de décision en cours, les motivations à l'œuvre dans les actions, les réactions et même pour discerner ce qui relève de routines de ce qui est élaboré par l'évaluation instantanée de la situation. Afin de limiter les biais que pourrait supposer l'observation par une personne extérieure à une situation singulière se déroulant en huis clos, je choisis de suivre les recommandations de Hughes (1996), à savoir de les éprouver par moi-même, directement, en contexte d'intervention : j'ai cherché à être en situation d'aide à domicile auprès d'une personne vulnérable. J'ai contacté, pour ce faire, un service d'aide à domicile qui a accepté de me mettre en « doublon » le temps d'une intervention (sur une matinée). Un projet de remplacement futur d'une des intervenantes pour cette même mission a permis de légitimer ma présence et mes questions, dans un but d'apprentissage. Cette opportunité m'a permise à la fois d'observer et de m'entretenir avec les protagonistes pour comprendre les interactions entre l'intervenante et la personne aidée ainsi que les ethnométhodes mises en œuvre.

La méthode employée est l'observation clinique, en ce qu'elle « privilégie la dimension expérientielle de l'être humain » (Ciccone, 1998, pp. 33-34). Il s'agit autant d'observer les comportements et réactions des acteurs que mes propres réflexions, intentions, agissements (autoréflexivité). Pour cela, je m'aménage des temps d'écriture (**journal de bord**) pendant et à l'issue de l'intervention pour relater aussi précisément que possible les événements, les échanges et leurs contextes.

Cette observation s'effectue aussi avec une visée implicative dans la mesure où « elle s'intéresse à la *singularité* d'une situation qui sera l'objet d'une observation intensive (même si elle produit des modèles exportables). Elle cherche à *comprendre* plus qu'à expliquer » (Ciccone, 1998, p. 38).

La prise en compte du contexte et des « mots indigènes » (*accounts*) permet de témoigner de l'enracinement des interactions dans un lieu familier (pour l'un plus que pour l'autre), dans une temporalité imposée de la relation (de service), par le degré d'affinité ou de compréhension mutuel, etc. Dans la construction quotidienne de la relation et des échanges, de nombreux éléments de compréhension entrent en résonance, s'entrechoquent et s'articulent : les motifs de l'intervention, les modalités d'intervention, les positionnements professionnel et familial, les prescriptions et les consignes liées au travail de l'intervenante, les attentes intimes de la personne aidée, mais aussi les conditions financières, la situation familiale, les expériences similaires passées, les histoires de vie, etc. Autant d'éléments qui participent au sens que les membres – pour prendre les termes de Garfinkel (1967) – donnent à leurs interactions.

## **Étude de cas**

### ***Contexte de l'observation***

Je suis en situation d'observation participante chez une dame handicapée – que nous appellerons Danièle – pour faire connaissance avec elle, pour voir et pour comprendre ce qu'il y a à faire et surtout comment le faire. J'assiste au travail de l'auxiliaire de vie présente – que nous appellerons Aurélie, 20 ans –, de 10h à 14h. L'organisme prestataire assure auprès de Danièle l'assistance dont elle a besoin 24h/24. J'ai fait connaissance avec Danièle et suivi assidûment les différentes actions de l'auxiliaire de vie afin qu'elle m'explique les arcanes de son travail. Celle-ci n'a d'ailleurs pas été avare d'explications et m'a fournie des informations de contexte qu'une simple observation n'aurait pas permis de révéler.

### *Description de la situation*

Avant, d'être accompagnée sur place et de procéder à l'observation, la situation m'est présentée dans un bureau du service prestataire de la façon suivante : Danièle est une femme de 50 ans vivant seule. Elle est séparée de son ex-mari qui habite avec leur fils dans une maison voisine, au sein d'une résidence pavillonnaire de banlieue. Danièle est hémiplégique sur tout le côté droit. Elle est également aphasique (s'exprime par cris) et a de nombreux troubles obsessionnels du comportement (TOC) : les choses doivent être mises ou remises en place de façon précise, toujours au même endroit et de la même façon. La responsable du service me prévient : « Pour pouvoir répondre à ses demandes, notamment celles relatives à ses TOC, les auxiliaires de vie utilisent des questions fermées (« c'est ici? Dans la cuisine? Etc. ») car elle peut répondre par oui ou par non ».

L'assistance est organisée par le relais de six auxiliaires de vie selon le roulement suivant : de 7h à 14h, de 14h à 21h, puis de 21h à 7h (pour chacune de ces tranches horaires, deux professionnelles se relaient pour assurer une prestation 7j/7). Les fiches de poste des intervenantes sont relativement sommaires. Pour le jour, il s'agit de s'occuper de tout le quotidien de Danièle et de son cadre de vie. Le descriptif des tâches indique : aide à la toilette, entretien de la maison, préparation des repas, lavage, étendage et rangement du linge, changes avec toilette, prise de médicaments. Pour la nuit, la fiche de poste indique seulement « veiller la personne la nuit », et un descriptif de tâches : « change avec toilette, prise de médicaments, veille de nuit ». Au-delà de la fiche de poste, le travail consiste presque autant à s'occuper de Danièle qu'à s'occuper de ses chiens. Ce qui suppose de pas avoir peur des chiens, de les faire sortir et rentrer à la demande (y compris la nuit), de leur préparer et donner à manger, de les promener le soir. Cet élément s'ajoute à la charge de travail mais ne figure pourtant pas sur la fiche de poste. Enfin, les deux personnes qui me reçoivent insistent sur le caractère de madame : « elle sait ce qu'elle veut, elle ressent très vite les gens. Il faut que le courant passe, sinon elle peut vite être infernale et hurler à ameuter le quartier ».

Au cours de cette observation d'autres thèmes ont été observés comme le positionnement de l'ex-mari et du fils ou encore les rapports entre l'organisme prestataire et la famille. Mais cette étude ne traitera que de l'observation et des ethnométhodes utilisées par l'intervenante dans le quotidien de son travail et comment l'ordre social est produit dans les interactions issues de la relation d'aide.

***Extrait du journal d'observation***

... Je suis présentée à Danièle et à sa famille proche par une des responsables de l'organisme prestataire. Cette dernière rappelle à Danièle que ma présence se justifie par le fait de faire connaissance avec elle avant d'assurer un remplacement prochainement. Danièle acquiesce. Je me sens autorisée à lui parler, ce qui semble presque la surprendre. (...)

Des légumes rissent sur le feu. Aurélie est au four et au moulin. Il faut préparer le repas de midi, faire tourner les machines, étendre le linge, répondre aux sollicitations de madame, faire et refaire les tapis pour les chiens (amoncellement de plusieurs couchent de couvertures diverses qu'Aurélie m'apprends à mettre consciencieusement l'une sur l'autre dans un sens et surtout un ordre bien précis), donner ou proposer des médicaments quand Danièle se tord de douleur et met la main à son ventre : « Si elle te demande, tu peux donner, parce qu'elle n'abuse pas. Si elle te demande, c'est qu'elle a vraiment mal ». En attendant la visite de l'infirmière (car Danièle a une infection), Aurélie me fait voir où sont rangés les gants, les serviettes, les bassines et les autres produits et ustensiles nécessaires aux changes. Chaque serviette ou ustensile correspond à un acte précis en fonction de sa couleur. Pendant ce temps, Danièle a attrapé un livre et lit dans son lit. (...)

J'ai très vite appris qu'il ne fallait absolument pas toucher à la tablette roulante placée à côté du lit. Seule Danièle la bouge en la poussant vers le mur afin de permettre à l'infirmière ou à l'auxiliaire de vie de procéder au change et à la toilette. Le reste du temps, elle doit rester à sa place quelles que soient les circonstances. (...)

Suite à la visite de l'infirmière, Danièle fait signe à Aurélie de la main accompagné de la seule syllabe qu'elle est en mesure de prononcer : « Ma-ma-ma-ma... » en désignant un paquet en papier sur un meuble. Aurélie tente de le refermer mieux et de le déplacer en le collant davantage contre le mur. « Comme ça Danièle? » – « Mamamama » – « Comme ça alors? » – « Mamama », ça va. Danièle réclame ses spasfons en désignant de la main l'endroit où ils sont posés, à côté de la lime à ongle et du cahier de liaison. Pour lui donner ses spasfons, Aurélie me montre : il faut les mettre dans une petite cuillère et les imbiber d'eau, ensuite glisser le tout (sans rien renverser) dans sa bouche. Les tapis. Danièle demande à Aurélie de remettre les tapis en place pour que son chien puisse aller dessus. L'autre chien ayant définitivement élu domicile sur le lit de Danièle entre ses jambes dès le départ de l'infirmière. Il faut également leur ouvrir la porte vitrée de la chambre donnant sur le jardinet quand ils le demandent. Peu importe qu'ils reviennent les pattes pleines de terre



et qu'ils montent sur le lit. Personne ne penserait à leur dire quoi que ce soit. Danièle surveille constamment où ils sont et ils ne sont jamais loin d'elles.

Aurélie me montre d'autres détails, comme la façon d'enrouler le rideau autour de la poignée de porte-fenêtre, qui a un sens précis pour permettre à Danièle de voir dehors sans que le rideau ne touche le radiateur. Une machine de linge a fini de tourner. Aurélie sort le linge et l'étend dans le salon, sur l'étendoir mobile pour le petit linge et sur deux chaises du salon pour un drap. Elle revient dans la chambre. Danièle fait un signe de la main (toujours le même) en direction du salon cette fois. « Mamama » – « quoi, Danièle? Dans le salon? » Oui de la tête. « Le linge? » – Non – « Ah, le volet? » – Oui – « Vous voulez que je ferme le grand volet du salon? » – Oui. (...)

À l'aide de sa télécommande, Danièle sait allumée la télé dans la chambre. C'est midi et Aurélie lui amène ce qu'elle lui a préparé. Le plat chaud d'abord, muni d'une petite cuillère. Un chien est toujours sur son lit, l'autre approche. C'est eux que Danièle sert en premier en leur donnant à manger de son assiette à la main. Nous sortons pour la laisser manger. « Certaines filles amènent leur casse-croûte et mangent avec elle, moi je préfère pas. C'est le moment où je m'accorde une pause ». Je la suis dans le jardinet d'où elle allume une cigarette, tout en restant à portée d'oreille de Danièle, au cas où elle appelle. Je l'interroge sur des moments de regroupement entre intervenantes pour échanger sur leurs pratiques. « Quelques fois, nous avons des réunions, mais c'est toutes les intervenantes ensemble ». Depuis qu'elle est là, il n'y a jamais eu de réunion de coordination et/ou d'harmonisation concernant la prise en charge de Danièle avec uniquement les six « filles » qui, jour et nuit se relaient auprès d'elle. Encouragée par ce moment propice à la confiance, je tente de la solliciter un peu plus : « Tu sais Aurélie, je dois t'avouer quelque chose : je n'ai jamais fait de change et j'aurai besoin que tu m'expliques toutes les phases ». Je me le fais expliquer d'abord verbalement :

mettre de l'eau tiède (ni trop chaude ni trop froide) dans la bassine rouge et prendre un gant jetable dans l'armoire de la salle de bain. Toi, il ne faudra pas que tu le mettes directement dans la bassine. Parce qu'au début – elle m'a fait le coup – elle se méfie. Elle m'a envoyé chercher un autre gant sec. Elle voulait être sûre que je n'utilisais pas un gant souillé, mais un gant neuf. Ensuite, tu lui demandes si tu peux enlever la protection. Si elle met la main dessus, c'est qu'elle est en train de faire pipi, alors tu attends un peu. Tu la plies devant et tu mets juste une giclée de produit, si tu en mets trop ça mousse trop et tu as du mal rincer. Mais tu verras après pour remettre une nouvelle protection, Danièle est très

coopérative. Elle lève les jambes – elle est assez souple – et, en général, il n’y a pas de problème

« Ma! » – Fin de la pause, Danièle appelle. Il y a de la nourriture autour de sa bouche et sur les draps. Aurélie reprend son assiette quasi-vidée et lui amène une assiette de morceaux de camembert. Encore une fois, les chiens sont servis en premiers, toujours à la main. « Ma-ma-ma » dit-elle en désignant le salon. « Au salon? » – Oui – « le linge? » – Oui. Aurélie décrit de quelle façon elle a étendu le linge et lui parle aussi du linge sale qui attend à côté de la machine pour une autre machine. « Mama », s’énerve Danièle, toujours en désignant le salon de la main. Aurélie, lui fait de nouveau plusieurs propositions qui ne satisfont pas Danièle. Enfin, elle trouve : Danièle lui demande de déplacer l’étendoir pour le mettre près du chauffage.

L’assiette de fromage est à son tour vidée et Danièle va attaquer un dessert lacté, tout en restant attentive à ce qui se passe à la télévision. Pendant ce temps-là, Aurélie fait la vaisselle, l’essuie et la range au fur et à mesure. À la fin du repas, elle revient vers Danièle pour lui laver la main avec un gant humide et lui nettoie ensuite les ongles. Danièle ne veut pas se brosser les dents tout de suite, un programme l’intéresse. Entre temps, le fils qui s’était éclipsé le temps du repas, revient. La chemise de nuit de Danièle est pleine de nourriture, il faut la changer. Danièle demande à son fils de sortir de la chambre pour qu’Aurélie lui enlève et lui en passe une propre. (...)

Avant la fin de son service, nous nous apprêtons avec Aurélie, à procéder au change et à la toilette intime de Danièle. Cette dernière met la main sur sa protection au moment où Aurélie lui demande si elle peut l’enlever, comme pour signifier qu’elle n’était pas prête. Puis elle éclate de rire : c’était une farce. Nous procédons au change et aux soins, pendant que l’auxiliaire de vie de l’après-midi arrive...

Danièle n’a pas toujours été comme ça : il y a deux photos d’elle dans sa chambre, la représentant à une quarantaine d’années, valide et en activité. Elle ne peut plus se déplacer seule et ne parle plus (si ce n’est que par une unique syllabe : « Ma »), mais continue à diriger sa maison et à se faire comprendre. Danièle a fait plusieurs choix relatifs à son quotidien :

- vivre chez elle – plutôt qu’en institution – avec une assistance 24h/24,
- ne pas prolonger ou renouveler ses séances de kinésithérapie suite au départ à la retraite du kinésithérapeute qui la suivait – alors qu’elle était en phase de récupération de la marche (assistée) –,

- a des protections qu'il faut changer régulièrement selon ses besoins au lieu d'envisager des transferts du lit au fauteuil roulant et du fauteuil aux toilettes plusieurs fois par jour,
- (peut-être pour les mêmes raisons) elle préfère manger assise dans son lit, plutôt que de se mettre à table,
- choisit ses repas en se faisant amener le matin devant ses frigos et ainsi désigne ce qu'elle veut manger,
- ses chiens sont rois : ils ont le droit de tout faire (monter sur son lit, manger dans son assiette). Être attentive à ses chiens est une des principales préoccupations de Danièle.

Aurélie n'a pas d'autres consignes que de satisfaire aux demandes de Danièle. Cette dernière se laisse faire (et coopère) dans les actes de nursing. Elle peut même faire preuve d'humour à l'égard d'Aurélie.

### **Analyse**

Pour moi, novice dans ce métier, l'essentiel de la difficulté résidait davantage dans la capacité à comprendre Danièle que dans les gestes techniques à accomplir (comme d'effectuer un change et une toilette au lit). Cela a été également la préoccupation majeure de l'auxiliaire de vie que j'ai suivie :

Ne t'inquiète pas, m'explique Aurélie, j'ai été moi aussi en binôme comme toi, ça fait trois mois que je suis là, et je commence seulement maintenant à savoir décrypter et à comprendre ce qu'elle veut dire.

La relation est en effet handicapée par l'aphasie et, dans une moindre mesure, par l'hémiplégie de Danièle. Pour quelqu'un de non averti, elle semble dire toujours la même chose, accompagnée de gestes stéréotypés. Les intervenantes composent avec ce qu'elles savent des TOC de Danièle, qui sont l'objet de la plupart de ses interpellations : « Ce qui est important, c'est de tenir compte de certaines choses comme des tapis des chiens, du rideau, de bien remettre les choses à leur place, etc... » Le jeu des devinettes peut rapidement être épuisant dans le cadre d'une conversation, surtout quand Danièle s'énerve parce qu'elle ne se fait pas comprendre.

Les actes de nursing plongent directement l'intervention dans une relation de l'intime. Tel un nouveau-né, la personne aidée doit se laisser manipuler et soigner (au sens de prendre soin). Frédéric Worms, historien de la philosophie, parle d'une « *asymétrie* profonde et constitutive de la relation de soin » (Worms, 2010, p. 19). Je trouve bouleversant en tant qu'adulte, d'être amené à se faire changer comme un bébé. Cette asymétrie me met mal à l'aise. Mais Danièle semble s'être résignée. Elle n'est ni sur le registre de la plainte ni

sur celui de la revendication. Elle semble avoir appris à composer avec ce qui est désormais sa vie : une assistance perpétuelle et sans cesse renouvelée de personnes à son chevet.

### **Les ethnométhodes**

Je propose de dégager de cette observation participante, trois niveaux de compétences mobilisés. Reprenant ce qui a été précédemment exposé, je distingue :

1. **les savoir-faire techniques et le *care*** : il s'agit de la combinaison du processus d'ajustement décrit par Tronto, articulée aux compétences et gestes techniques inhérents à la fois à la tenue d'une maison et aux soins apportés directement à la personne. En soi, ce niveau de compétences témoigne d'une complexité que seul un certain degré de réflexivité de la part de l'intervenante, autorise. Il s'agit d'être en éveil, en attention et en évaluation permanentes afin d'adopter la bonne attitude et le bon geste au bon moment. Il s'agit du cœur de métier de l'auxiliaire de vie sociale. Pour autant, il ne s'applique pas pareillement partout;
2. **les savoir-faire indexés** : ces compétences complexes sont mises en œuvre à un moment donné, dans un domicile particulier, auprès d'une personne singulière qui vit une situation précise. Elles doivent donc nécessairement être indexées à l'ensemble de ces paramètres. Aurélie n'aurait pas eu les mêmes gestes, les intentions à faire, etc. auprès d'une autre personne, dans un autre « chez soi »...
3. **la capacité d'identification** : ce dernier niveau de compétences peut être pris pour un prolongement d'une attention à l'autre et d'une prise en compte de l'indexicalité. En l'isolant de la sorte, j'ai souhaité insister sur le haut degré de repérage des habitus et de leur mise œuvre qui, au fur et à mesure qu'ils sont acquis, paraissent naturels et sont presque oubliés. Il s'agit donc bien de la traduction d'ethnométhodes dans le sens où Garfinkel les a décrites.

#### ***Les savoir-faire techniques et le care***

Parmi ces savoir-faire, je range les compétences relatives à la tenue d'une maison, du linge de maison et du linge personnel de la personne, savoir cuisiner (y compris des mets que l'on ne goûte pas soi-même), mais aussi les savoir-faire techniques liés aux manipulations et aux soins, ainsi que la maîtrise de l'échange par questions fermées, dans le cas présent. Mais ces savoir-faire resteraient purement instrumentaux s'il n'étaient inscrit dans une éthique du prendre soin.

Worms distingue les deux types de soins que sont les soins « purement » médicaux d'un côté, des soins « purement » parentaux de l'autre. Nous sommes bien là en présence d'une pratique de *care*, qui est la combinaison de tâches matérielles (savoir-faire techniques) et de travail psychologique. Il « définit conjointement certaines activités ainsi que l'intelligence mobilisée pour leur réalisation » (Molinier, 2005, p. 302). Les gestes doivent être doux et précis et sont toujours accompagnés de paroles. Ces soins mobilisent nécessairement une forte dimension affective doublée d'une relation de confiance qui ne va pas de soi (que l'histoire du gant neuf à présenter avant la toilette vient illustrer), comme cela peut être le cas avec un enfant. Car,

le conseiller, le médecin ou l'administrateur qui se montre chaleureux dans son expression, qui respecte sa propre individualité et celle de l'autre, et s'intéresse à lui sans désir de possession, facilite, grâce à ses attitudes, la réalisation de soi, un peu comme le font les parents (Rogers, 2005, p. 29).

Être en relation d'aide, c'est aussi développer de l'empathie envers la personne ou sa situation sans se sentir responsable de la situation et connaître les limites de ses possibilités. L'affectivité est une composante enchâssée à toutes les compétences mises en œuvre y compris dans les actes les plus courants de la vie quotidienne, puisque s'occuper de l'environnement de la personne c'est aussi s'occuper de la personne.

#### ***Les savoir-faire indexés***

Les savoir-faire indexés sont corrélés au temps passé ensemble et à la connaissance réciproque qui a pu s'établir, mais aussi à la connaissance de la maison et à la routine des actes quotidiens. Il s'agit de savoir quoi faire, quand le faire et comment le faire. L'intervenante doit investir la façon de procéder de la personne et connaître ses habitudes. Ces habitudes à connaître et à respecter sont de véritables socles-repères de vie. Ils rassurent quand ils sont assurés. La façon d'étendre le linge, l'ordre dans lequel il est étendu, etc. tient compte de la façon dont Danièle l'aurait fait si elle l'avait fait elle-même. L'auxiliaire de vie doit être capable d'anticiper les actions, comme celle d'ouvrir la porte-fenêtre au moment opportun, de proposer de bloquer le rideau ou de fermer le volet du salon... Les routines qui cimentent et sécurisent la relation témoignent de processus d'intériorisation à la fois contextuels et multi-référencés de la situation en train de se vivre. Elles permettent aussi de rationaliser les échanges dans la mesure où les auteurs des actions, « de façon routinière et sans complication, s'assurent d'une "compréhension théorique" continue des fondements de leurs activités » (Giddens, 1984, p. 54). C'est ce que Mead avait cerné sous l'appellation d'« Autrui généralisé » (1963, pp. 131-134) : la

capacité, au cours d'une interaction, à agir de façon « attendue » par son ou ses interlocuteurs et à rendre son action directement compréhensible. La connaissance de ces habitudes permet que des actions puissent se faire ou se proposer sans que la personne ne les demande. L'échange se passe alors de paroles, la confiance prend le relais. La connaissance des habitudes de vie et des goûts personnels de la personne sont des éléments essentiels à la pratique. L'auxiliaire de vie doit se positionner comme le prolongement de la personne aidée. Elle devient les bras ou les jambes qui lui font défaut pour faire elle-même. Pour cela, il est nécessaire de connaître ses propres sentiments et ainsi, libérer l'aide proposée de ses projections pour se concentrer sur les besoins de la personne. Cette pratique réclame un total état de disponibilité afin de développer des capacités d'identification.

### ***La capacité d'identification***

La capacité d'identification suppose que l'intervenante se mette en situation de penser comme la personne. Pour interpréter les demandes de Danièle, les auxiliaires de vie disposent de plusieurs sources d'indices et de connaissances : le ton de sa voix, quelquefois le regard et la forme des gestes (position que prend la main qui indique), qu'une connaissance fine peut permettre de décrypter un peu mieux. L'absence de parole amène l'intervenante à mobiliser ses connaissances (techniques et indexées) de façon à anticiper, prévoir ou déduire le projet de communication. Cette opération mentale les amène à « se mettre à la place de », « essayer de penser comme, ou de réfléchir comme ». C'est le processus adopté par Aurélie quand, après le repas, Danièle s'adresse à elle en lui désignant le salon. Ma retranscription traduit mal le temps écoulé lors de cet échange. Aurélie a dû émettre plusieurs hypothèses, quelquefois fort différentes les unes des autres, tout en tentant de rassurer Danièle et lui rendant compte de ce qui avait été fait, avant de comprendre que Danièle, exaspérée, voulait lui faire déplacer l'étendoir à linge près du chauffage. Les compétences mobilisées là vont au-delà de l'anticipation puisqu'elles réclament de prendre en compte l'ensemble du contexte, de savoir repérer les détails importants pour la personne, d'adopter une attitude d'empathie permettant d'investir la rationalité et les émotions de l'autre. Il s'agit d'une imprégnation qui s'opère dans le temps et transforme progressivement les pratiques comme des « allant-de-soi ».

### **Conclusion**

Loin des seules tâches prescrites et non définies par la fiche de poste liée à ce que, la responsable du service d'aide à domicile nomme « la mission », les compétences mises en œuvre visent à établir l'ordre, pour reprendre les mots de Garfinkel. Non pas l'ordre absolu, indifférent, mais l'ordre bien singulier,

extraordinairement indexé et situé entre Danièle et l'intervenante. Une fois intégrées, grâce au temps passé l'une auprès de l'autre, ces compétences mises en œuvre apparaissent comme « naturelles », c'est à peine si l'on se souvient d'avoir eu une phase « d'appropriation » à la relation. La prise de fonction d'Aurélien étant encore récente, elle a su me communiquer quelques éléments qui lui paraissaient importants. D'autres m'ont été communiqués en la voyant faire en interaction avec Danièle ou dans la mise en œuvre d'autres actions. Ces compétences sont le résultat d'une combinaison de différents savoirs qui se « rediscutent » à chaque intervention et s'affinent un peu plus chaque jour, pour accumuler une connaissance de plus en plus fine des personnes. Ainsi, savoir prendre en compte un « chez soi » singulier, développer une éthique de *care* tout en répondant aux prescriptions « techniques » de soins et d'entretien résumément une pratique professionnelle loin d'être ordinaire.

## Note

<sup>1</sup> Tel qu'en fait usage Kant au cours de son œuvre, où le sens du devoir tient lieu de morale.

<sup>2</sup> Titre emprunté à P. Moliner dans P. Paperman et S. Laugier (2005).

## Références

- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.
- Dorlin, E. (2005). Dark care : de la servitude à la sollicitude. Dans P. Paperman, & S. Laugier (Éds), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Giddens, A. (1984). *Constitution de la société*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Mead, G. H. (1963). *L'esprit, le soi et la société* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Moliner, P. (2005). Le care à l'épreuve du travail. Dans P. Paperman, & S. Laugier (Éds), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Paperman, P., & Laugier, S. (Éds). (2005). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable*. Paris : La découverte.

Worms, F. (2010). *Le moment du soin, à quoi tenons-nous?* Paris : Presses Universitaires de France.

*Anne-Sophie Hosking a été travailleur social « de terrain » pendant une douzaine d'années. Depuis 2006, elle est titulaire d'un Master II professionnel « Pratique de l'intervention sociale » et exerce en tant qu'ingénieure du secteur social et médico-social. Parallèlement, elle développe des activités de recherche et s'intéresse en particulier aux rapports de domination contenus dans le champ de la relation d'aide.*